Lantin.

Ablation des enchondromes.

(1868.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 23 *Juillet* 1868,

PAR

Camille VALENTIN.

ABLATION DES ENCHONDROMES

DES PHALANGES ET DES MÉTACARPIENS,

SUIVIE ET NON SUIVIE

DE L'ÉVIDEMENT DE L'OS.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

3

PARIS

IMPRIMERIE DE MOQUET

RUE DES FOSSÉS-SAINT-JACQUES, 11.

1868

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Doyen: M. WURTZ.

Professeurs, MM.

Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	LONGET.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	LASÈGUE.
Pathologie médicale	AXENFELD. HARDY.
Pathologie chirurgicale	VERNEUIL. BROCA.
Anatomie pathologique	VULPIAN.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	DENONVILLIERS
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	SÉE (G.).
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Clinique médicale	BOUILLAUD. GRISOLLE. MONNERET. BEHIER.
Clinique chirurgicale	LAUGIER. N.... GOSSELIN. RICHET.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

Doyen hon., M. le Baron PAUL DUBOIS. — *Prof. hon.*, MM. ANDRAL, CLOQUET, CRUVEILHIER, DUMAS, NÉLATON.

Agrégés en exercice.

MM. BUCQUOY.	MM. GUYON.	MM. LEFORT.	MM. POTAIN.
CHARCOT.	HOUEL.	LORAIN.	RACLE.
DESPLATS.	JACCOUD.	LUTZ.	RAYNAUD.
[illegible] S.	JOULIN.	PANAS.	SÉE (M.).
[illegible]NES.	LABBÉ (LÉON).	PARROT.	TARNIER.
	LABOULBÈNE.		
	LIÉGEOIS.		

[illegible]s libres chargés de cours complémentaires.

[illegible]ladies de la peau . . . . . MM. N...
[illegible]ladies des enfants . . . . . ROGER.
[illegible]dies mentales ou nerveuses . . . . . N...
[illegible]mologie . . . . . N...

[illegible] *aux anatomiques*, N.... , agrégé hors cadre,

Examinateurs de la thèse.

[illegible]LIN, *président;* ROBIN, LIÉGEOIS, DESPRÈS, *agrégés.*

M. FORGET, *secrétaire.*

[illegible]mbre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lu[illegible] [illegible]e considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune

A MES PREMIERS MAITRES

de l'école de Médecine de Nancy.

Témoignage d'affection et de reconnaissance.

A LA MÉMOIRE DE M. CIVIALE

Membre de l'Institut, de l'Académie de Médecine, officier de la légion d'honneur.

—

A MES PARENTS.

—

A MES AMIS.

A M. LÉON PARISOT

Professeur à l'école de Médecine de Nancy, chevalier de la Légion-d'Honneur

—

A M. GOSSELIN

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris.
Chirurgien de l'hôpital de la Charité.
Membre de l'Académie de Médecine,
Chevalier de la Légion-d'Honneur

ABLATION DES ENCHONDROMES

DES PHALANGES ET DES MÉTACARPIENS

SUIVIE OU NON SUIVIE

DE L'ÉVIDEMENT DES OS

FONDATION DE DE PASSANT
HOPITAL DE LA CHARITÉ
BIBLIOTHÈQUE INTERNES

L'enchondrome se développe quelquefois sur les phalanges et sur les métacarpiens ; le traitement interne, les diverses applications topiques sont complétement inefficaces, et doivent être rejetés comme inutiles et même nuisibles.

Le malade ne peut donc recouvrer l'usage de son membre et espérer la guérison qu'à l'aide d'une opération chirurgicale. Mais (1) il se présente assez souvent une question embarrassante, c'est celle de savoir si l'on doit enlever la tumeur sans extirper l'os dans lequel elle s'est développée.

C'est à l'amputation qu'on s'est adressé d'abord ; les observations de Schaper et Below, de Méry, de Séverin, de Scarpa en font foi : la plupart des chirurgiens ont suivi leurs traces, et on peut dire qu'aujourd'hui encore, c'est peut-être la méthode le plus en usage.

Cependant l'enchondrome, par sa nature, par sa gravité, justifie-t-il l'emploi d'un traitement aussi radical, qui détermine toujours une mutilation et quelquefois des accidents consécutifs? Nous ne le pensons pas. Les tumeurs cartilagineuses des doigts se bornent en effet le plus ordinairement à produire une difformité plus ou moins désagréable et à apporter une gêne notable dans l'exercice des fonctions de la

(1) Follin. — *Traité de pathologie externe*, tome I, pag. 240.

main; dans la grande majorité des cas, c'est une affection purement locale; les exemples de récidive et de généralisation sont assez rares comparativement au grand nombre de malades observés. Aussi ces diverses considérations ont-elles conduit certains chirurgiens à délaisser quelque peu l'amputation et à expérimenter d'autres méthodes opératoires capables de guérir sans exposer à des inconvénients sérieux. Pourquoi donc, dit M. Cruveilhier, au lieu d'une amputation du membre, n'attaquerait-on pas directement le mal par la scie à chaînette, par la gouge et le maillet (1)?

Notre but en faisant ce travail a donc été d'étudier ces méthodes curatives et conservatrices, de rechercher si leurs résultats sont satisfaisants, et si les avantages qu'elles offrent sont réellement contrebalancés d'autre part par quelques dangers.

Les observations sur lesquelles nous nous appuierons sont en petit nombre, et jamais nous n'aurions pu entreprendre cette tâche, si M. Léon Parisot, professeur d'anatomie à l'Ecole de médecine de Nancy, n'avait eu l'extrême obligeance de nous communiquer quelques faits personnels; aussi sommes-nous heureux de pouvoir remercier ici cet ancien maître, et de lui témoigner publiquement notre reconnaissance.

(1) Cruveilhier. — *Traité d'anatomie pathologique générale*, tome III, pag. 790.

ABLATION DE LA TUMEUR SUIVIE DE L'ÉVIDEMENT DE L'OS.

C'est M. Sédillot, qui, par l'étude attentive de faits antérieurs et par ses expériences sur les animaux, institua la méthode de l'évidement des os et lui fit prendre un rang important dans la thérapeutique chirurgicale. Après l'avoir appliquée déjà à un certain nombre de maladies osseuses, telles que l'ostéite, la carie, etc., il eut l'idée d'y avoir aussi recours pour un cas d'enchondrome de la première phalange de l'indicateur gauche, et, dans son chapitre sur les indications de la méthode, il range les tumeurs cartilagineuses des mains parmi les affections qui peuvent être traitées avec succès par l'évidement de l'os.

L'évidement des os, dit M. Sédillot (1), est une opération par laquelle on creuse et on excave un os pour en séparer les parties malades et n'en laisser que les couches saines, périphériques, corticales, ou sous-périostiques médiates. Les formes du membre ne sont nullement compromises; les attaches musculaires sont ménagées, le périoste reste intact, et la reproduction osseuse a lieu sous cette membrane et à l'intérieur de l'os évidé.

Enlever le tissu morbide et conserver l'organe : tel est le but qu'on se propose d'atteindre en substituant cette méthode à l'amputation dans le traitement de l'enchondrome des mains.

Nous allons rapporter d'abord les observations qui nous paraissent justifier l'emploi de l'évidement; nous rechercherons ensuite quels sont les avantages de cette opération, quelles sont les garanties qu'elle offre contre la récidive ; nous terminerons enfin en décrivant le manuel opératoire.

Jusqu'alors les faits observés sont peu nombreux; car c'est la désarticulation qui a obtenu le plus de faveur près de la majorité des chirurgiens. Cependant, déjà en 1815, alors que l'évidement n'était pas encore institué et élevé au rang d'une méthode chirurgicale, Cham-

(1) Sédillot. — *Traité de l'évidement des os.*

pion (de Bar), dans un cas d'enchondrome de la première phalange de l'index droit, pratiquait une opération qui n'est autre que la méthode de M. Sédillot; puis il faut arriver à l'époque où parut le Traité du professeur de Strasbourg pour trouver la publication d'un second fait analogue. Il y a quelques années, M. Léon Parisot, professeur à l'École de médecine de Nancy, eut l'occasion d'expérimenter le même mode de traitement; il publia récemment les observations de ses deux malades (1), et c'est à son obligeance que je dois de pouvoir consigner ici ces deux faits nouveaux. Enfin vers la même époque M. Bach, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, enlevait aussi un enchondrome du troisième métacarpien à l'aide de la même méthode, et fit part de cette observation au chirurgien de Nancy.

Observation I.

Tumeur de la première phalange de l'index de la main droite : résection. (Champion de Bar) (2).

Mademoiselle Gouger, de Bar-le-Duc, âgée de 17 ans, d'une santé parfaite, me consulta le 20 août 1810 pour une grosseur qu'elle portait sur le milieu de la première phalange de l'index droit, à sa partie externe et postérieure.

Cette tumeur était sous-cutanée, oblongue, à base large, et du volume d'une noix; elle offrait une surface lisse et arrondie; on distinguait la lumière au travers. Son développement datait de l'âge de trois ans; dans le principe, elle ressemblait à un pois, et peu à peu elle s'était accrue, mais sans douleur. Depuis un mois seulement, la jeune personne y ressentait parfois des élancements incommodes, qui donnaient lieu à une augmentation de chaleur dans le doigt.

Des personnes de l'art, qui avaient été consultées, conseillèrent

(1) Léon Parisot. — *Du traitement des enchondromes des phalanges et des métacarpiens par l'ablation de la tumeur, suivie de l'évidement de l'os, sans cautérisation du canal médullaire.*

(2) Thèse, 1815.

l'amputation du doigt. Ce parti me parut trop rigoureux ; je proposai l'ablation de la tumeur, ce qui convint mieux à la malade.

Je l'exécutai le 22 du même mois. La main fixée par un aide, j'incisai les téguments dans toute l'étendue de l'exostose ; je la disséquai jusqu'à sa base, et je l'emportai au niveau de l'os avec un scalpel à dos et sans difficulté, parce qu'un feuillet très-mince de substance compacte la couvrait, et que le reste n'était autre chose qu'une substance mollasse, carniforme, d'un rouge vif, d'apparence homogène, renfermée dans des cellules plus consistantes qu'elles et qui versaient beaucoup de sang. J'enlevai avec une petite gouge tout ce qui était ainsi dégénéré ; je remarquai que toute la substance de l'os ne partageait pas l'altération au même degré, que celle des côtés interne et antérieur et des extrémités surtout était plus molle.

Je tamponnai la cavité de l'os avec de la charpie et j'enveloppai le doigt d'une petite bande. Trois jours après, je levai l'appareil ; ce ne fut que le cinquième jour que j'ôtai de la cavité de l'os toute la charpie que j'y avais introduite. Des bourgeons cellulleux se développèrent, et la plaie fut cicatrisée dans le cours du mois de septembre.

Je lavai à diverses reprises la pièce que j'avais enlevée : je distinguai parfaitement les cellules dont j'ai parlé ; elles étaient très-dilatées, variables dans leurs dimensions et leurs formes. La substance qu'elles renfermaient présentait un aspect plus pâle, lardacé dans quelques aréoles ; celle-là donnait moins de sang. En comprimant toute la tumeur entre les doigts, je fis sortir quelques portions de cette substance carnifiée. La couche compacte qui servait d'enveloppe à cette pièce pathologique était élastique, d'une épaisseur inégale, et offrant beaucoup de petits points isolés. Un de ces points, entre autres, plus considérable, était remarquable par des lignes qui en partaient, ce qui lui donnait l'aspect d'un os du crâne pendant le travail de l'ossification, lorsque le périoste est encore confondu avec l'os.

Observation II.

Enchondrome de la première phalange de l'indicateur gauche : évidement comme moyen de prévenir l'amputation. (Observation recueillie par Schlœfflein, interne du service). (1)

Sébastien Ottmann, de Zimmerbach, près Colmar, fut reçu à la Clinique le 8 décembre 1859. Ce malade, de constitution moyenne, est âgé de 19 ans, et jouit d'une bonne santé habituelle. A la suite d'un coup sur la première phalange de l'indicateur gauche, reçu sept ou huit ans auparavant, ce segment du doigt devint le siége d'une tumeur longtemps stationnaire, qui s'était beaucoup accrue depuis dix-huit mois, sans dépasser encore le volume d'une petite noix.

Cette tumeur, légèrement bosselée ou mamelonnée, est indolore, dépressible, sans fluctuation, élastique, et occupe tout le côté externe de la phalange jusqu'aux articulations. La forme est celle d'un ovoïde irrégulier, dont le plus grand diamètre répond au milieu, et la moindre épaisseur aux extrémités de la phalange, dont les faces extérieure et postérieure et le côté interne sont restés sains. Les mouvements de la phalange et de la phalangine sont peu gênés, et tout le doigt paraît incurvé en dehors, ce qui dépend de la disposition de la tumeur.

M. le professeur Sédillot, se fondant sur les caractères symptomatiques, diagnostique un enchondrome, et passe en revue les moyens de traitement auxquels on peut avoir recours. Les résolutifs et les fondants seraient impuissants ; la vésication et des cautérisations superficielles aggraveraient le mal ; des cautérisations profondes exigeraient une cure fort longue et seraient d'un emploi difficile, et par conséquent dangereux ; amputer le doigt tout entier dans l'articulation métacarpienne entraînerait la perte de la phalangine et de la phalangette, que l'on doit chercher à conserver ; la résection totale de la phalange serait beaucoup mieux indiquée, et en ménageant avec soin les tendons extenseurs et fléchisseurs et évitant de les dénuder,

(1) Sédillot. — *Loc. cit.*

on aurait quelque chance de voir l'extrémité de la phalangine ramenée au contact de la tête du métacarpien; mais cette opération, très précieuse au pouce, n'aurait pas les mêmes avantages à l'indicateur, dont les segments resteraient faibles, trop courts et difformes; réséquer la phalange avec conservation du périoste serait une de ces tentatives irrationnelles plus propres à montrer l'irréflexion et l'ignorance du chirurgien que l'étendue des ressources de l'art.

Le seul moyen réellement utile et applicable était l'évidement, qui fut pratiqué le 13 décembre, en présence des médecins et des élèves réunis à la Clinique.

Une incision longitudinale, coupée à angle droit par deux petites incisions perpendiculaires aux extrémités, permit de former deux lambeaux périostés tégumentaires qui furent renversés de chaque côté. L'os fut excavé avec un fort scalpel et réduit à une sorte de coque, à l aide d'une petite rugine. Les articulations furent ménagées et restèrent intactes. On n'aperçut pas les tendons, dont l'écartement fut opéré par des spatules. Les portions enlevées de la phalange étaient assez dures extérieurement, d'une moindre consistance à l'intérieur, où existait une masse molle et comme graisseuse. M. Morel, professeur agrégé, chargé du service des autopsies, confirma le diagnostic, et eut la complaisance de remettre à M. Sédillot un dessin caractéristique des éléments cartilagineux trouvés dans la tumeur.

Un écoulement de sang assez abondant eut lieu à la surface de l'os évidé et fut suspendu par le tamponnement de la plaie.

Pansement simple; position élevée de la main ; gonflement les premiers jours ; légère inflammation érysipélateuse et commencement d'angioleucite, arrêtée par la cautérisation ponctuée; aucun accident à partir de ce moment. La plaie osseusse se remplit avec une grande rapidité de bourgeons charnus mous et irritables, dont le contact était douloureux. M. Sédillot y porte le fer rouge pour prévenir toute crainte de récidive, et plus tard il engage le crayon de nitrate d'argent au fond de l'excavation osseuse dans le même but. Quelques bourgeons charnus excisés et examinés au microscope n'offrent que les éléments habituels d'une plaie en voie de consolidation.

La solution de continuité se rétrécit et ne présente plus bientôt

qu'une fente linéaire, dont la guérison était achevée à la fin du mois. La phalange est restée un peu plus grosse qu'à l'état normal, facilement mobile, indolore, et le malade quitte l'hôpital, se servant très-librement de sa main, qu'on lui recommande de ménager pendant quelque temps.

Observation III.

Enchondrome de la première phalange de l'indicateur de la main gauche — Ablation de la tumeur. — Evidement de la phalange. — Conservation du doigt. — Guérison complète et rapide. — Examen de la malade deux ans après l'opération. — Pas de récidive. — Intégrité absolue des mouvements des doigts et de la main. (Observation de M. Léon Parisot) (1).

Octavie Haas, couturière, âgée de 16 ans, me consulte dans le courant de novembre 1864, pour une grosseur qu'elle porte sur le bord interne de la première phalange de l'indicateur gauche. Elle désire ardemment être débarrassée d'une difformité, qui l'empêche d'être acceptée comme employée dans une maison de nouveautés.

Cette jeune fille a été menstruée à 13 ans; quoique pâle, elle jouit d'une bonne santé habituelle, et ne présente aucune trace de rachitisme ou de scrofule; elle ne connaît personne dans sa famille qui ait une infirmité semblable à la sienne.

La tumeur a débuté dans la première enfance, à l'âge de deux ans et demi; la cause en est inconnue; il n'y a eu ni pression ni foulure exercée sur le doigt. Au moment de son apparition, la tumeur avait environ le volume d'un pois; le développement en a été lent et insensible; on n'a essayé aucun traitement pour en arrêter les progrès.

Aujourd'hui 9 novembre 1864, elle offre les dimensions suivantes: longueur trois centimètres, largeur cinq centimètres, et hauteur trois centimètres et demi. Elle adhère profondément à toute l'étendue du

(1) Léon Parisot. — *Loc. cit.*

bord interne de la première phalange, avec laquelle elle fait corps ; elle occupe par conséquent toute la base du deuxième espace interdigital ; elle s'appuie sur la face externe de la première phalange du doigt médius qu'elle écarte de sa direction normale, en le rejetant vers la ligne médiane ; la deuxième phalange déviée en dehors est subluxée sur la première, de sorte que l'indicateur se rapproche plutôt du pouce que du médius.

Les faces palmaire, dorsale et externe de la première phalange ont conservé leur forme et leur volume normal. La tumeur est arrondie, lisse et sans bosselures ; sa consistance est dure, analogue à celle du cartilage ; toutefois en certains points on perçoit, en comprimant fortement, une sorte de dépressibilité avec sensation de craquement tout à fait comparable à la sensation que donnerait la compression d'une coque parcheminée cédant sous le doigt qui l'écrase.

La peau qui la recouvre glisse librement ; mince et parcourue par de fines arborisations vasculaires, elle donne à la tumeur l'apparence de l'hydrocèle des enfants, de sorte qu'on la croirait transparente, mais l'examen à l'aide d'une lumière démontre qu'il n'en est rien.

Du reste, elle est indolore et gêne peu les mouvements de l'indicateur. Si Octavie réclame avec tant d'insistance à en être débarrassée, c'est qu'elle pense faire disparaître l'obstacle qui nuit à son avenir. Elle a déjà consulté plusieurs médecins qui sont unanimes pour la désarticulation métacarpo-phalangienne. Sans la rejeter d'une manière absolue, je pense qu'on ne risque rien de procéder d'abord à l'ablation de la tumeur, en la faisant suivre de l'évidement de la phalange ; on aura alors tout le loisir de recourir à l'amputation, si la première opération ne donne pas le résultat qu'on en attend.

En conséquence, le 25 décembre 1864, je pratique la résection de la tumeur de la manière suivante :

Un aide fixe la main, tandis qu'un autre incline en dedans les trois derniers doigts : j'incise alors les téguments dans toute l'étendue de la tumeur ; je taille deux lambeaux que je rabats sur les faces dorsale et palmaire de la phalange ; je mets alors à nu la tumeur jusqu'à sa base. Je l'emporte à l'aide d'une scie à chaînette ; j'aurais pu me servir d'un fort scalpel, qui l'aurait divisée très-facilement malgré la lame osseuse

qui enveloppe la périphérie ; sa résistance est celle du cartilage. Je pratique ainsi à la phalange une fenêtre qui permet de constater que tout l'intérieur de la diaphyse est rempli d'une substance analogue à celle qui compose la tumeur. J'enlève cette substance, avec une petite gouge ; je creuse l'os jusqu'à ce que je l'aie réduit à une mince lamelle de tissu compacte ; pour éviter l'articulation, j'ai soin, vers les épiphyses, de ne pas trop me rapprocher du cartilage diarthrodial : dans ce temps de l'opération, il s'écoule un peu de sang provenant de la diaphyse ; je n'ai aucune ligature à pratiquer, l'artère collatérale interne n'a pas été touchée. Je tamponne la cavité de la phalange avec de la charpie sèche, je soutiens lâchement les téguments avec une bandelette de diachylon et je termine par un pansement simple ; je m'abstiens de lotions froides sur la partie blessée. (Potion opiacée, deux potages.)

Examen de la tumeur. — Le périoste est normal ; au-dessous de lui, on trouve une coque osseuse mince, qui, dans quelques endroits, cède assez facilement sous le doigt. Le contenu de la tumeur est formé par une substance d'un blanc rougeâtre, brillant à la lumière, consistant comme le cartilage ; la matière retirée avec la gouge de l'intérieur de la diaphyse présente tout à fait les mêmes caractères physiques.

Le microscope permet d'établir que ces deux substances sont constituées principalement par des cavités enfermées dans une trame fibreuse, et contenant les corpuscules propres au tissu cartilagineux : à ces caractères, il est impossible de méconnaître la nature de l'enchondrome.

28 décembre, c'est-à-dire trois jours après l'opération, je lève l'appareil ; les téguments sont à peine gonflés ; il n'y a pas eu de fièvre.

30 décembre, la suppuration est abondante ; je retire de la cavité de la diaphyse la charpie que j'avais introduite ; je me contente de recouvrir la plaie d'un linge fenêtré et de charpie.

2 janvier 1865, l'intérieur de l'os végète ; des bourgeons charnus de bonne nature apparaissent.

10 janvier, c'est-à-dire trente-six jours après l'opération, la cicatrisation est complète ; Octavie commence à coudre.

Depuis cette époque, j'ai revu plusieurs fois cette jeune fille, et j'ai pu constater qu'aucune récidive ne s'était produite.

Aujourd'hui, 7 décembre 1866, la main a conservé la mobilité qu'elle avait avant la résection de la tumeur. On trouve, à la face interne de la première phalange du doigt indicateur, une cicatrice linéaire, certainement plus petite que ne l'était l'incision ; d'une teinte blanchâtre, elle adhère à l'os qui est légèrement excavé, dans le point où reposait la tumeur ; la surface de la phalange est lisse ; les extrémités articulaires ne sont pas plus volumineuses qu'à l'état normal : la direction du doigt n'est pas tout à fait rectiligne, la subluxation externe de la première phalange sur la deuxième persiste, mais à un moindre degré, quoique pendant les trois mois qui ont suivi l'opération, j'aie maintenu l'indicateur fixé au médius à l'aide d'un bandage roulé : c'est là la seule difformité que présente la main, difformité qui existait avant l'opération, et d'ailleurs aujourd'hui bien atténuée.

Observation IV.

Enchondrome du deuxième métacarpien de la main droite. — Ablation de la tumeur. — Évidement du métacarpien. — Conservation du doigt. — Examen de la malade deux ans après l'opération. — Pas de récidive. — Intégrité complète de tous les mouvements de la main. (Observation de M. Léon Parisot.) (1).

Françoise Jeuffer, modiste, âgée de 17 ans, porte sur les parties latérales et externes du deuxième métacarpien de la main droite une tumeur du volume d'une petite orange.

Cette jeune fille, chloro-anémique, n'est pas encore réglée, et présente à peine le développement ordinaire de son âge, sans cependant être affectée de rachitisme ou de scrofules Personne dans sa famille n'a été atteint d'un mal pareil au sien.

Il y a sept ans qu'une de ses compagnes lui lança une pierre, qui l'atteignit au deuxième métacarpien droit.

(1) Léon Parisot. — *Loc. cit.*

A cette époque la tumeur commença à apparaître ; au bout d'un an, elle avait acquis le volume environ d'une petite noisette, et depuis ce moment elle n'a cessé de grossir.

Aujourd'hui, 2 décembre 1864, je constate l'état suivant :

La tumeur occupe la face dorsale du premier espace intermétacarpien : haute de quatre centimètres et demi, et large de trois centimètres, elle s'appuie sur le premier métacarpien, à tel point que de prime abord elle semble lui appartenir.

Depuis un an, son développement ne permet plus l'opposition du pouce à la première et à la deuxième phalange de l'indicateur.

La peau qui la recouvre est lisse, transparente et parcourue par de nombreuses veines : sa consistance est dure ; on sent qu'elle est entourée par une enveloppe osseuse, résistante et un peu verruqueuse.

D'après les mêmes motifs qui m'ont déterminé à enlever l'enchondrome d'Octavie Haas, M. Poincaré se décide à réséquer la tumeur en évidant ensuite le métacarpien.

En conséquence, le 13 décembre, nous procédons ensemble à son ablation.

Une incision longitudinale, parallèle au plus grand axe de la tumeur divise la peau, qui est disséquée de chaque côté jusqu'à la base de l'enchondrome qu'on isole ensuite du premier interosseux dorsal sur lequel il repose ; puis avec la scie à chaîne on le détache du deuxième métacarpien dont l'intérieur est rempli d'une substance analogue à celle qui constitue la trame de la tumeur ; on l'enlève à l'aide de la gouge, et on creuse l'os jusqu'à ce qu'il soit réduit à une lame mince de tissu compacte.

Dans ce dernier temps de l'opération, il s'écoule beaucoup de sang ; on remplit alors la cavité du métacarpien de charpie imbibée de perchlorure de fer. On ne pratique aucune ligature ; les artères ont été respectées.

L'examen de la tumeur démontre qu'il s'agit évidemment d'un enchondrome. Elle est formée par une substance de couleur blanc rosé, opaline, et ayant tout l'aspect et la consistance du cartilage. Une lame mince de tissu osseux forme son enveloppe externe ; le périoste

qui la recouvre ne semble pas épaissi : le microscope révèle tous les éléments du tissu cartilagineux, répandus au milieu d'une matière amorphe.

14 décembre, il n'y a pas eu d'hémorrhagie. Sommeil, absence de douleur et de fièvre.

17 décembre, on enlève la boulette de charpie, la suppuration est modérée.

19 décembre, nulle menace d'érysipèle ou de phlegmon.

8 janvier 1865, on retire quelques petites esquilles qui se présentent à la plaie.

12 janvier, la malade commence déjà à coudre.

22 janvier, la cicatrisation est complète.

Je revis, le 19 décembre 1866, Mlle Jeuffer. Je constate alors sur le dos de la main, parallèlement au bord externe du deuxième métacarpien, une cicatrice linéaire adhérente à l'os qui a le même volume et la même forme que celui du côté opposé ; l'extrémité inférieure ou condylienne n'est pas plus grosse qu'à l'état normal ; le doigt à sa direction et n'est nullement dévié. Mlle Jeuffer jouit de l'intégrité complète des mouvements du pouce et de l'indicateur ; elle n'accuse aucune souffrance ; comme pour Octavie, une de ses plus grandes joies est de pouvoir mettre un gant ; depuis cette opération, sa santé s'est améliorée, et la menstruation s'est établie.

V Observation.

Enchondrome du troisième métacarpien gauche (1).

Il y a environ trois ans que M. Bach professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, enleva à l'aide de la scie, un enchondrome qui siégeait à la face dorsale du troisième métacarpien de la main gauche; c'était une jeune fille de 15 à 16 ans : il eut recours aussi à l'évidement de la diaphyse, sans s'aider de la cautérisation. La cicatrisation se fit rapidement et sans accidents ; il y a un an que M. Bach revit

(1) Léon Parisot. — *Loc. sit.* Communication orale de M. Bach.

son opérée ; non seulement la tumeur ne s'était pas reproduite, mais le métacarpien avait conservé sa forme, son volume primitifs, et la main n'avait rien perdu de sa mobilité.

Si nous analysons ces faits, nous voyons que le chirurgien se trouvait en présence de tumeurs globuleuses ou ovoïdes, occupant soit les faces latérales, soit les faces dorsales des phalanges ou des métacarpiens, de sorte que l'enchondrome paraissait surajouté à l'os et en être pour ainsi dire un développement latéral.

C'est précisément dans ces circonstances que nous croyons la méthode de M. Sédillot parfaitement indiquée : en effet, le côté du cylindre osseux opposé à la tumeur, exempt d'altération, possède encore sa configuration normale ; lorsque l'os a été creusé et réduit à cette seule couche périphérique saine, celle-ci suffit pour conserver la forme, les dimensions, les rapports de l'organe, et devient le siége d'un travail de régénération. Par l'ablation simple non suivie d'évidement, on pourrait sans doute retrancher toute la partie de l'enchondrome qui fait saillie à la surface de la phalange ou du métacarpien; mais on s'exposerait ainsi à laisser le prolongement cartilagineux enclavé dans l'épaisseur de la diaphyse, prolongement qui pourrait plus tard devenir l'origine d'une nouvelle tumeur.

Lorsqu'au contraire l'enchondrome a pris naissance au centre de l'os, lorsque celui-ci a pris part tout entier à la formation de la coque osseuse, les conditions ne sont plus les mêmes ; la phalange tout entière prend les caractères d'une tumeur fusiforme plus ou moins volumineuse, elle est complétement déformée, et n'offre plus l'intégrité d'une moitié latérale du cylindre osseux : c'est pour ces cas seulement qu'on devra le plus souvent réserver l'amputation.

Dans la plupart des observations précédentes, l'état des articulations avant l'opération a aussi été noté avec soin : les surfaces articulaires, les ligaments sont intacts; la mobilité est peu gênée, et, s'il existe quelque légère déviation des doigts, c'est un effet purement mécanique résultant de la situation de la tumeur. Cette intégrité des articulations des doigts atteints d'enchondrome est un fait à peu près

constant, qui, selon nous, mérite d'être pris en considération. Car, si on cherche à éviter l'amputation, ce n'est pas seulement pour épargner au malade une mutilation, mais aussi pour lui conserver un organe capable de remplir ses fonctions normales, et cette immunité des jointures nous permet d'espérer que la main reprendra sa mobilité naturelle. Aussi, lorsque nous examinons, à ce point de vue, les résultats obtenus précédemment, nous constatons que les malades exécutent facilement après l'opération les divers mouvements de flexion, d'extension et d'opposition, et qu'ils sont aptes à reprendre leurs occupations habituelles.

Chez eux aussi nous ne rencontrons aucun accident consécutif. Le léger écoulement de sang, qui a lieu lorsqu'on creuse la phalange ou le métacarpien, n'est pas, je pense, de nature à inspirer de l'inquiétude, et a cédé, du reste, rapidement à un tamponnement fait avec de la charpie sèche ou imbibée de perchlorure de fer.

Les phénomènes inflammatoires se sont maintenus dans des limites extrêmement restreintes : chez le malade de M. Sédillot (Observation II), il y eut dès les premiers jours une légère inflammation érysipélateuse et un commencement d'angioleucite ; mais ce sont là des accidents qui peuvent se manifester à la suite de toutes les plaies ; la méthode opératoire en est complétement innocente.

Doit-on craindre la nécrose complète des couches osseuses qu'on veut conserver ? Les observations que nous venons de rapporter n'en font point mention, et M. Sédillot dit (1) ne l'avoir jamais vue survenir dans les nombreuses opérations d'évidement qu'il a pratiquées pour différentes affections des os. Seulement, il n'est pas rare de voir se séparer de très-petits séquestres étoilés, en dentelle, en noyaux irréguliers, et l'une des malades de M. Parisot (Observat. IV) nous en fournit un exemple : on comprend que cette élimination puisse se faire attendre, entretienne ainsi la suppuration, et retarde, par conséquent, la guérison.

Après l'opération, la seule précaution à prendre, et qui, si elle est négligée, peut entraîner des accidents graves, c'est d'éviter la réten-

(1) Sédillot. — *Loc. cit.*

tion des liquides et les complications qui en résultent. En effet, dit M. Sédillot (1), par suite de la rétention du pus et de la sérosité, les tissus s'étranglent, s'enflamment, s'infiltrent de matières putrides, et l'on voit survenir localement des érysipèles, des angioleucites, des phlébites, des phlegmons diffus, et même la gangrène, et, en même temps par suite de l'infection générale de l'économie, des frissons, de la fièvre, de l'accablement, une teinte ictérique, des nausées, les douleurs pleurétiques et articulaires; heureux quand ces premiers accidents sont arrêtés et ne se transforment pas, par la continuité et l'aggravation des mêmes causes, en pyohémie et en septico-pyohémie, presque constamment mortelles.

Or, il est au pouvoir du chirurgien de prévenir ces funestes conséquences : il faut bannir toute tentative de réunion; il faut, comme chez les malades précédents, maintenir la plaie béante au moyen de boulettes de charpie : la suppuration a alors une libre issue, et, en s'écoulant au dehors, peut aussi entraîner les parcelles osseuses qui sont restées dans l'excavation de l'os.

L'amputation au contraire, exécutée par la main la plus habile et faite dans les conditions les meilleures, outre la mutilation qu'elle produit, entraîne souvent à sa suite des accidents sérieux qu'il n'est pas toujours possible de conjurer. Sans parler de l'inflammation des gaines tendineuses, qui, surtout au pouce et à l'auriculaire, peut devenir le point de départ de phénomènes graves du côté de la main et de l'avant-bras; sans parler de l'adhérence ou de la nécrose des tendons, et par suite, de l'immobilité consécutive des doigts, bornons-nous à dire que souvent pour des enchondromes des métacarpiens, on a été obligé de pratiquer la désarticulation d'un de ces os; certainement cette opération donne souvent d'heureux résultats; mais on sait cependant que ce n'est pas toujours impunément qu'on a ouvert une synoviale aussi étendue que celle du carpe, et qu'on a eu parfois à déplorer une terminaison funeste.

Absence de mutilation, conservation d'un membre capable d'exécuter toutes ses fonctions, phénomènes consécutifs peu sérieux, tels

(1) Sédillot. — *Loc. cit.*

sont les avantages que nous offre l'évidement des os appliqué au traitement des enchondromes de la main.

Néanmoins un grand nombre de chirurgiens préfèrent encore l'amputation et hésitent à se servir d'une autre méthode. Ces opérations, dit M. Nélaton en parlant de l'évidement à propos des tumeurs cartilagineuses des doigts (1), seraient certainement préférables à l'amputation; mais malheureusement elles ne mettent pas à l'abri des récidives; aussi n'est-ce qu'avec une certaine réserve que nous les conseillons.

C'est qu'en effet, bien que l'enchondrome soit dans l'immense majorité des cas, une affection bénigne qui ne compromet en rien l'existence, on a pu cependant réunir un certain nombre de faits malheureux qui doivent faire modifier quelque peu le pronostic.

Ainsi Paget a vu récidiver sur place un enchondrome de la parotide : Bennett rapporte que Syme, après avoir désarticulé l'humérus d'une jeune fille pour une tumeur semblable, vit la même affection se reproduire dans le moignon. Liston enlève un enchondrome de l'épine de l'omoplate, et au bout de trois ans la maladie reparaissait. Gluge, ayant pratiqué l'ablation d'une tumeur cartilagineuse de l'orbite, observait aussi la récidive deux ans et demi après l'opération. Fergusson a montré à la Société pathologique de Londres une tumeur fibro-cartilagineuse de la mâchoire qui était revenue deux fois après l'extirpation. Enfin les Bulletins de la société de chirurgie nous apprennent (2) que M. Cloquet en 1830 opéra un jeune homme d'une tumeur de la grosseur de la tête située à la partie supérieure de la poitrine; l'extirpation fut pratiquée à l'aide de la scie et de la gouge. Le chirurgien aperçut un prolongement profond s'engageant entre les cartilages costaux, qu'il fallait réellement sculpter avec la gouge et le maillet, tant ils étaient confondus avec la tumeur. Tout fut enlevé : il s'écoula peu de sang; il n'y eut pas d'accidents, et, au bout de six semaines, la plaie était guérie. Quinze mois plus tard, on vit reparaître un gonfle-

(1) M. Nélaton. — *Traité de pathologie externe*, tome I, pag. 491, 2e édition.

(2) Société de chirurgie, 1er août 1855.

ment sous la cicatrice; une tumeur énorme se développa de nouveau, et détermina la mort par asphyxie. A l'examen anatomique elle présenta tous les caractères de l'enchondrome.

Nous ne trouvons point d'observation d'enchondrome des doigts, où soit mentionnée la reproduction sur place de la tumeur après l'opération; mais il n'est pas démontré cependant que les récidives que nous venons de signaler pour d'autres organes ne puissent aussi se manifester sur les phalanges et les métacarpiens : on comprend donc toute la réserve et les craintes légitimes des chirurgiens.

Nous passons sous silence les observations dans lesquelles on remarque consécutivement à l'opération, l'apparition de nouvelles tumeurs sur quelque autre segment du squelette : car quelle que soit la méthode chirurgicale employée, amputation, ablation simple, évidement, elle n'est nullement coupable, et il faut accuser ici cette disposition inconnue en vertu de laquelle naissent successivement des enchondromes multiples : de même nous laissons de côté les cas de généralisation, et nous ne voulons nous occuper que de la récidive sur place; c'est là surtout ce qui nous importe au point de vue du choix de la méthode; toute la question peut donc se résumer ainsi : la récidive est-elle plus fréquente ou plus probable à la suite de l'évidement ?

Reprenons nos observations, et voyons ce qu'elles nous enseignent à ce sujet. Les deux premières, c'est-à-dire, celles de M. Champion de Bar et de M. Sédillot, s'arrêtent au moment de la cicatrisation de la plaie : elles ne suivent pas le malade après sa guérison, et sont donc nulles pour nous au point de vue de la question qui nous occupe.

Mais les trois autres observations nous apprennent que les chirurgiens ont eu grand soin de surveiller leurs opérés, afin de pouvoir, à un moment donné, contrôler les résultats du traitement.

L'une de ces malades (observ. III) a été examinée deux ans après l'opération : la main et les doigts jouissent de toute leur mobilité; une cicatrice linéaire, plus petite que l'incision, adhérente à l'os qui est légèrement excavé, se trouve au point qu'occupait la tumeur : on peut constater qu'aucune récidive ne s'est produite.

La deuxième jeune fille (observat. IV) est revue aussi au mois

de décembre 1866, c'est-à-dire deux ans après l'évidement : chez elle, même intégrité des mouvements des doigts; même cicatrice linéaire, parallèle au bord externe du deuxième métacarpien, et adhérente à l'os ; chez elle aussi aucune trace de récidive.

Enfin M. Bach retrouva aussi sa malade au bout de deux ans, et put s'assurer que la main possédait toute sa mobilité et que la tumeur ne s'était pas reproduite.

Certainement ces faits, quoique peu nombreux, ne sont pas sans valeur, et, si de nouvelles observations analogues venaient s'y ajouter, cette méthode obtiendrait peut-être les suffrages d'un plus grand nombre de chirurgiens.

On a pensé que, pour prévenir la récidive, il serait utile, après l'évidement de l'os, de cautériser la cavité afin de détruire les noyaux cartilagineux qu'on aurait pu laisser. Mais ne s'exposerait-on pas, en portant le fer rouge sur une lamelle osseuse aussi mince, à en déterminer peut-être la nécrose complète ? M. Sédillot affirme que, contrairement à ce qui se passe chez les animaux, on ne provoque pas de nécrose par l'emploi de ce procédé; les cautérisations qu'il pratiquait avaient pour but de mettre fin à l'écoulement de sang dans les cas où l'hémorrhagie par l'artère nourricière de l'os était trop abondante.

Chez les cinq malades dont nous avons rapporté l'histoire, aucune cautérisation n'a été faite; car celle qui est mentionnée pour le malade de M. Sédillot ne pourrait guère offrir de garanties contre la récidive et est tout-à-fait hors de cause; elle ne fut faite en effet qu'à une époque où le fond de l'excavation osseuse était déjà rempli de bourgeons exubérants; ce sont ces derniers seuls qui ont subi l'atteinte du fer rouge, et leur composition anatomique ne différait en rien de celle des bourgeons charnus de toutes les plaies. N'ayant donc aucune observation d'évidement suivi de cautérisation, il nous est impossible de porter un jugement définitif sur la valeur de ce procédé. L'emploi du fer rouge sera-t-il plus efficace pour prévenir la récidive? Nous l'ignorons complétement, puisque jusqu'alors aucune expérience n'a été faite. Il existe une observation de M. Voillemier (1) où un enchondrome du quatrième doigt fut enlevé à l'aide de la cautérisa-

(1) *Bulletins de la Société de Chirurgie*, 13 *Août* 1856.

tion ; mais celle-ci a été pratiquée seule sans être précédée de l'évidement de l'os, et en outre nous ne savons pas ce qu'est devenu le malade.

Sur quoi s'appuient les chirurgiens pour émettre cette opinion que l'évidement doit faire redouter la récidive? Sur des observations? Mais les seuls faits publiés jusqu'à ce jour, nous venons de les rapporter et d'examiner ce qu'ils nous enseignent.

Craint-on de laisser une partie de l'enchondrome dans la diaphyse ? Craint-on d'avoir épargné ces noyaux cartilagineux isolés que l'on trouve souvent soit vers la périphérie soit dans la profondeur des os où se forme un enchondrome ? Mais ne sait-on pas que, si l'évidement a été pratiqué avec soin, la plus grande partie de la diaphyse a été profondément excavée ; qu'elle a été transformée en une mince lamelle osseuse, qu'elle a été débarrassée de tout le tissu qu'elle renfermait. L'expérience seule peut trancher la question, et ce n'est que, par l'emploi plus fréquent de cette méthode, par la publication d'observations complètes, qu'il sera possible de réunir un nombre suffisant de faits pour tirer une conclusion définitive.

Du reste, l'opération laisserait-elle encore des doutes sur l'éventualité d'une récidive plus ou moins éloignée, pourquoi donc ne pas la tenter? Ignore-t-on qu'elle n'offre aucun inconvénient, aucun danger, qu'elle délivre le malade d'une difformité gênante et qu'elle lui permet de vaquer à ses occupations habituelles ? Et si, malheureusement quelques années plus tard, une récidive venait à se manifester, ne serait-il pas temps alors de demander seulement à l'amputation la guérison qu'on n'a pas pu obtenir ?

MANUEL OPÉRATOIRE.

Le manuel opératoire ne présente aucune difficulté ; l'opération comporte deux temps bien distincts : dans le premier on fait l'ablation de la tumeur; dans le second on attaque le cylindre osseux.

La main étant fixée par un aide, on pratique une incision longitudinale dans toute l'étendue de la tumeur ; puis on mène deux autres petites incisions perpendiculaires aux extrémités de la première ; on

forme ainsi deux lambeaux allongés, plus ou moins larges, qui permettent de mettre à nu toute la surface de l'enchondrome, et de découvrir sa base, on évite avec soin les tendons, et à l'aide d'un fort scalpel, ou d'une pince de Liston, ou d'une scie à chaînette, la tumeur est incisée au niveau de son point d'implantation.

Alors commence le deuxième temps ; le chirurgien, armé d'une petite gouge, attaque la diaphyse ; il la creuse, la débarrasse avec grand soin des prolongements cartilagineux qu'elle renferme, la réduit à ses couches périphériques saines, et ne s'arrête que lorsqu'il est sûr de n'avoir rien laissé de la tumeur. A mesure qu'il avance vers les épiphyses, il a soin de ne pas trop s'approcher du cartilage diarthrodial, et de respecter l'articulation. Les tendons, les muscles, les insertions ligamenteuses sont ménagés. Quelquefois au moment où l'on excave ainsi le tissu osseux, il s'écoule une certaine quantité de sang ; mais il est rare que cette hémorrhagie soit très abondante, et il est du reste assez facile de la maîtriser.

Lorsque l'évidement est achevé, il faut s'attacher à empêcher la rétention des liquides dont nous avons déjà parlé précédemment ; aussi point de tentative de réunion ; on se contente de maintenir la plaie béante par un tamponnement fait avec de la charpie, et de soutenir les lèvres des lambeaux par une bandelette de diachylon lâchement serrée, puis on termine par un pansement simple, et on donne à la main une position élevée.

Le rôle du chirurgien se borne maintenant à surveiller les phénomènes inflammatoires et à modérer leur intensité.

Bientôt succède une période de réparation, analogue à celle qu'on observe dans la nécrose des os après l'élimination d'un séquestre central : la cavité osseuse devient le siége d'une production abondante de bourgeons charnus, quelquefois tellement exubérants qu'on est obligé de les réprimer ; elle se rétrécit progressivement, et finit par se combler à peu près entièrement : puis les téguments se réunissent aux bords de l'os et forment une cicatrice linéaire, légèrement déprimée, adhérente et généralement plus petite que l'incision.

ABLATION DE LA TUMEUR NON SUIVIE DE L'ÉVIDEMENT DE LA DIAPHYSE.

L'ablation simple de la tumeur est la méthode à laquelle se sont adressés quelques chirurgiens qui hésitaient à pratiquer l'amputation.

Le manuel opératoire est analogue à celui que nous venons de décrire; seulement le fait capital, c'est que le second temps manque complétement. On se borne à exciser la tumeur; la diaphyse est respectée; les noyaux cartilagineux enclavés dans l'épaisseur de l'os sont épargnés, et, s'ils ne demeurent pas stationnaires, ils vont par leur accroissement progressif reproduire une nouvelle tumeur.

Ce n'est en définitive qu'une opération palliative, faisant sans doute disparaître une difformité fâcheuse, mais incapable de donner une guérison complète. Aussi mérite-t-elle à juste titre les reproches qu'on adressait à l'évidement, et comprend-on parfaitement que les chirurgiens se soient souvent abstenus de la pratiquer.

Blandin y eut recours (1) pour un jeune homme de 25 ans portant depuis plusieurs années un enchondrome à la partie interne de la première phalange de l'indicateur : la tumeur dure, d'abord petite, augmenta ensuite de volume au point de gêner les mouvements du doigt; une incision longitudinale la mit à nu; et à l'aide d'une pince de Liston, le chirurgien sépara de l'os le tissu morbide. L'observation ne nous fait pas connaître ce qu'est devenu le malade.

Le professeur Bruns pratiqua aussi la simple ablation d'un enchondrome du cinquième métacarpien; il retrouva son malade deux ans plus tard, et constata qu'au point de vue des fonctions de la main l'opération avait été complétement satisfaisante; mais, en examinant la face dorsale du cinquième métacarpien, il put s'assurer que cet os avait conservé son volume primitif, sa consistance cartilagineuse, et qu'il portait même encore une petite masse morbide dont le malade paraissait beaucoup s'inquiéter. Évidemment une partie de l'enchon-

(1) Lebert. — *Physiologie pathologique*, tome II, pag. 212.

drome était restée dans l'épaisseur du métacarpien, et doit inspirer des craintes sur la durée de la guérison.

Voici du reste cette observation, qui a été rapportée par Fichte (1) :

Observation.

Enchondrome d'un métacarpien : ablation de la tumeur avec conservation de l'os. (Traduction de Lebreton).

J. S..., de Kirchentellinsfurt, auprès de Tubingen, tisserand, âgé de 26 ans, remarqua, il y a dix ou douze ans, que sa main gauche se tuméfiait, sans pourtant lui causer de douleur ; le malade croit devoir faire remonter cette affection à la suite d'un coup qu'il reçut, il y a une douzaine d'années sur la main maintenant malade. La tumeur grossit d'abord très-lentement ; ce n'est que depuis peu de temps que son développement a été rapide ; le malade n'eut pourtant jamais à souffrir de douleur dans la main attaquée. C'est la difformité et la gêne qui accompagnent les mouvements de sa main gauche et l'empêchent d'exercer son métier, qui ont engagé le malade à réclamer les secours de la chirurgie à l'hôpital de Tubingen.

S... est un jeune paysan assez svelte, d'une taille au-dessous de la moyenne, plutôt maigre que corpulent; ses os et ses muscles sont fortement constitués. Le malade ne se rappelle pas avoir jamais eu d'autre affection que celle de sa main ; cette main a augmenté de volume.

Sur le dos de la main, dans la partie cubitale, s'élève une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule ; cette tumeur couvre le métacarpien du petit doigt et celui de l'annulaire ; elle les a du reste considérablement éloignés l'un de l'autre. Le petit doigt a subi une rotation dans son axe vertical, tellement que pendant la flexion, l'extrémité est fortement inclinée vers le pouce. La tumeur est formée par de la substance cartilagineuse très-dense ; lorsqu'on la presse fortement, elle

(1) Dolbeau. — *Mémoire sur les enchondromes des doigts et des métacarpiens*, *Archives de médecine*, 1858.

ne s'incline que peu et est très-élastique ; à la pression on ne constate pas l'existence d'esquilles osseuses ; la tumeur est insensible à ces influences mécaniques ; la peau qui la recouvre n'a subi aucun changement de couleur ou de température. Il n'y a aucune cicatrice, elle n'est que faiblement soulevée par la tumeur. Les parties molles environnantes n'ont subi aucune altération ; les tendons des extenseurs se dirigent à droite et à gauche de la tumeur, en cheminant dans un canal. Les mouvements des doigts ne sont pas altérés, le malade ressent de la fatigue.

Cette anomalie de fonction, qui ne lui permettait pas de travailler, et la déformation de la main firent désirer au malade d'être débarrassé de cette tumeur : c'est pour cela qu'il entre à l'hôpital. Avant l'opération on ne pouvait savoir au juste si l'enchondrome occupait les quatrième et cinquième métacarpiens, ou seulement le cinquième ; ce ne fut que plus tard que l'on reconnut que l'enchondrome siégeait sur le cinquième métacarpien, et l'opération le démontra du reste. L'enchondrome s'était donc développé dans le cinquième métacarpien ; par des progrès successifs il s'étend jusqu'au milieu du quatrième espace interosseux ; séparant les deux os l'un de l'autre et formant sur le dos de la main une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule.

L'opération fut ainsi pratiquée par le professeur Bruns :

Un bistouri fut conduit sur la tumeur, la peau fut écartée, et la tumeur alors parfaitement découverte. Les tendons furent maintenus sur le côté par des érignes, et le pédicule de la tumeur, à peu près gros comme un œuf, fut scié aussi profondément que possible.

Une partie de la tumeur dépassait encore le niveau des métacarpiens et s'enfonçait dans leur intervalle. Les parties s'attachant au quatrième métacarpien furent écartées, et l'opérateur, avec un fort bistouri manié dans toutes les directions et vers la profondeur, enleva les parties de la tumeur situées entre les métacarpiens et sur le dos de la main, jusqu'à ce que les os eussent repris leur position primitive, et que le petit doigt eût cessé son état de flexion sur le pouce. Tout se passa bien sans que les tendons, leurs gaines ou les parties molles fussent blessés. Le métacarpien du petit doigt, dans

ses deux bords, avait la consistance osseuse ; mais sur le dos de la main, la consistance cartilagineuse.

L'écoulement de sang fut facilement arrêté par l'emploi de la glace, et la petite blessure fut réunie par quelques sutures et des bandelettes de sparadrap.

Sous l'influence de ces fomentations froides, la blessure guérit vite sans suppurer, si ce n'est à un point, qui ne fut du reste le siége que d'une très-petite suppuration. Quelques jours après, le malade pouvait quitter l'hôpital et soigner lui-même la plaie. Au bout de quatorze jours, cette plaie fut complétement guérie, et le malade put parfaitement se servir de sa main.

Deux années après l'opération, je retrouvai le malade : sa main gauche avait le même volume que la droite ; la cicatrice est linéaire et certainement plus petite que ne l'était l'incision. Le cinquième métacarpien est à une distance normale du quatrième ; il a conservé cependant son volume primitif. Sur le dos de la main, sa consistance est la même qu'aussitôt après l'opération. Le malade ne devrait pas s'inquiéter d'une petite masse qui s'y trouve et paraît le préoccuper.

L'usage de la main est si bien revenu, que S... n'exerce pas seulement sans inconvénient son métier de tisserand, mais que, dans les saisons propices, il pratique les plus rudes métiers de la campagne, tels que le battage du blé et se met quelquefois en condition.

La substance cartilagineuse éliminée et recouverte d'une expansion périostique qui lui est fortement adhérente, présente l'aspect ordinaire de l'enchondrome ; elle est d'un gris blanchâtre, transparente, et contient des corpuscules cartilagineux d'une forme plus ou moins régulièrement ovale ; ces corpuscules contiennent un grand nombre de noyaux réunis par une substance claire et homogène.

D'après ces faits démontrant que l'ablation non suivie de l'évidement n'enlève qu'une portion de la tumeur, sommes-nous en droit de conclure que cette méthode doit être proscrite entièrement du traitement de l'enchondrome de la main? Non, telle n'est pas notre opinion : car

il est des circonstances où l'ablation simple est appelée à rendre des services, et même doit être seule employée.

Il existe en effet une autre variété d'enchondrome, généralement assez rare aux phalanges et aux métacarpiens, mais qu'on y rencontre néanmoins quelquefois; nous voulons parler du chondrophyte de M. Cruveilhier, ou périchondrome.

Celui-ci naît en dehors de l'os, probablement aux dépens du périoste; à aucune époque de son développement, il n'est recouvert d'une coque osseuse complète; il se présente sous forme d'une tumeur surajoutée à l'os. Sa surface est inégale, bosselée; souvent son point d'insertion se transforme en un pédicule plus ou moins large : quant à la mobilité de la tumeur, il est très-rare de la rencontrer; nous verrons pourtant un malade opéré par M. Larrey nous fournir un exemple de cette mobilité.

Or, l'ablation non suivie d'évidement atteint parfaitement ici le but qu'on se propose, et c'est à elle qu'ont eu recours, dans des cas analogues, MM. Voillemier, Larrey et Demarquay.

La maladie (1), s'est développée à la surface de l'os sur le périoste; dans ce cas il est quelquefois possible d'enlever la tumeur sans entamer l'os; les adhérences sont détruites par l'arrachement ou le bistouri, et il reste dans le point de séparation une surface rugueuse qui se recouvre de bourgeons charnus; la guérison est complète. Mais il faut pour obtenir ce résultat qu'il ne reste rien de l'enchondrome, car il faut redouter une récidive.

Comme il est très-difficile, pour ne pas dire le plus souvent impossible, de déterminer exactement à l'avance si on a affaire à un véritable périchondrome, c'est pendant l'opération seulement, que le chirurgien est en état de juger s'il y a lieu de s'en tenir à l'ablation simple, ou bien de la faire suivre de l'évidement de la diaphyse.

Nous allons rapporter trois observations, où cette méthode a été appliquée à des périchondromes de la main.

(1) Nélaton. — *Traité de pathologie externe*, tome I, pag. 491, 2e édition.

FONDATION DU PASSANT BIBLIOTHÈQUE HOPITAL DE LA CHARITÉ

Observation I.

Enchondrome périostique du doigt (1).

M. Voillemier présente une tumeur qu'il croit être de la nature des enchondromes; elle avait pour siége la face interne du doigt médius d'un cocher âgé de 40 ans.

Cet homme raconte qu'il l'avait depuis l'âge de 12 ans; qu'elle augmentait très-lentement; arrivée à la grosseur d'une noisette, elle resta stationnaire. C'est seulement depuis deux ans qu'elle a pris le développement qu'elle a aujourd'hui; elle est du volume d'une noix.

Elle n'était pas adhérente à la peau, mais paraissait l'être aux parties profondes; pourtant il a été assez facile de la détacher du périoste sur lequel elle reposait, sans mettre l'os à nu, ni ouvrir l'articulation de la première phalange avec la deuxième. Elle a tout-à-fait la forme d'un petit cerveau, légèrement concave à sa face profonde, convexe dans sa partie libre. Sur cette convexité sont des circonvolutions assez profondes pour permettre de séparer en partie ses différents lobes. Elle est ferme, élastique, d'une couleur opaline, presque transparente dans certains points; dans d'autres elle est d'un blanc mat comme du cartilage. A la partie postérieure, il y a un petit prolongement dur, inégal, formé par de la substance calcaire.

A tous ces caractères, M. Voillemier pense reconnaître un enchondrome : son opinion est justifiée par l'examen microscopique que fit M. Broca.

Observation II.

Enchondrome développé soit dans le périoste, soit dans les couches superficielles du métacarpien; conservation du métacarpien; point d'amputation (2).

M. S..., 29 ans, d'une bonne constitution, point d'antécédents

(1) Société de chirurgie, 20 janvier 1858.
(2) Société de chirurgie, séance du 6 août 1857.

syphilitiques, jouait au mois d'août 1853, avec un de ses camarades, qui lui serra violemment la main au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes. Cette pression, exercée par les deux mains réunies, détermina instantanément une très-vive douleur, qui persista jusqu'au lendemain, vers le bord interne de la racine du doigt médius, sans crépitation appréciable et sans trace d'ecchymose. Mais, dès le deuxième jour de l'accident, et dans le point indiqué, apparut de la tuméfaction, avec douleur au contact. Ce gonflement assez bien limité à l'étendue de la première phalange et de forme arrondie, n'inquiéta point M. S..., qui continua son service; cependant au bout de huit à dix jours, il s'aperçut de la formation d'une petite tumeur, du volume et de la grosseur à peu près d'une noisette, d'une consistance un peu dure et indolente, écartant le médius de l'annulaire, et tendant à s'accroître insensiblement Elle devint en effet après quelques semaines aussi forte qu'une grosse noix, et resta ainsi stationnaire pendant plus de trois années.

Mais depuis le mois d'avril ou de mai dernier, cette tumeur parut s'accroître davantage, et le médecin aide-major du régiment, M. Perrin, voulant me le faire examiner, accompagna l'officier au Val-de-Grâce. M. Bégin s'y trouvait en ce moment par occasion, et d'après la cause et le siége de la tumeur, d'après son mode de développement, d'après sa consistance élastique, sa mobilité séparable de la phalange et son insensibilité complète, ainsi que d'après l'intégrité de la peau et l'absence de toute complication, nous pûmes admettre que c'était probablement un enchondrome dont l'extirpation deviendrait nécessaire.

En attendant l'opération et pour la faciliter, j'engageai M. S... à mobiliser sa tumeur autant qu'il le pourrait. Il consulta aussi, quelque temps après, un chirurgien civil, dont il a oublié le nom, et qui lui fit deux ponctions exploratrices; rien qu'un peu de sang s'écoula.

Le malade entra enfin le 24 juillet au Val-de-Grâce, où il fut examiné par MM. Lustreman, Mounier et Baizeau plus particulièrement. M. Lhonneur, mon aide de clinique, a recueilli avec soin son observation, et de notre dernier examen il résulte, comme on peut le voir, que la tumeur, de forme irrégulièrement ovoïde, longue de quatre

centimètres au niveau du doigt et saillante de deux centimètres, se prolonge du bord interne de la première phalange à la face palmaire, au delà du pli cutané interdigital. Elle est un peu déprimée par la pression de l'annulaire, qui se trouve. d'ailleurs, assez fortement écarté du médius et gêné dans ses mouvements ; elle offre la consistance déjà indiquée, dure, élastique, fibro-cartilagineuse, et assez de mobilité pour ne paraître ni adhérente à la phalange, ni en rapport avec l'articulation, ni fixée enfin à la gaine distendue. Les mouvements du doigt sont conservés ; mais la flexion est limitée par le volume de la tumeur ; la peau, quoique tendue, est intacte, et nulle pression même assez forte ne provoque de douleur. Le malade nous assure que la grosseur était dans le principe beaucoup moins dure, et qu'elle a acquis une consistance plus ferme en augmentant de volume ; il désire en être débarrassé le plus tôt possible.

Telles sont en définitive les conditions dans lesquelles il se présente à nous. On voit là presque tous les caractères assignés aux enchondromes, et je me propose, ajoute M. Larrey, sauf l'avis de mes honorables collègues, de pratiquer l'extirpation de cette tumeur en conservant le doigt.

M. Richard. — La nature de la tumeur me paraît claire : c'est une tumeur fibro-cartilagineuse, mais avec très-peu de cartilage, probablement quelques ilots disséminés. Il y a toutes les transitions possibles entre les enchondromes purs et les tumeurs analogues à celle qui nous est présentée ici. Elles ont, du reste, dans tous les cas, je ne parle que de celles des doigts, la même marche, le même siége. Ce siége est le point capital du diagnostic et du traitement. Or malgré la mobilité de cette tumeur, elle part de l'os ; à quelle profondeur, à quelle étendue ? je n'en sais rien. Mais sa connexion intime avec la phalange me paraît une contre-indication formelle à ce que l'extirpation pure et simple, respectant l'os, soit tentée. Je ne dis pas qu'il faut amputer le doigt ; rien n'y oblige absolument, bien que tôt ou tard on y sera forcé. Mais si l'on doit présentement agir, c'est la seule chose à faire.

M. Huguier. — J'ai la même opinion que M. Richard sur la nature de la tumeur; mais mon pronostic est moins sévère. Dans deux cas

semblables, j'ai respecté la phalange, et je crois qu'elle était saine, bien qu'elle fût déprimée en une partie de sa longueur ; quoi qu'il en soit, la guérison a eu lieu. Je dois pourtant dire que je n'ai pas revu ces malades. Pour moi, chez l'officier que vient de nous présenter M. Larrey, je ferais l'extirpation de la tumeur, quitte à désarticuler séance tenante si la vue de ces parties m'en démontrait la nécessité.

M. Larrey — C'est là ce que je compte faire et j'espère pouvoir ainsi conserver le doigt du malade.

(C'est en effet le parti auquel s'arrêta ce chirurgien, et dans une des séances suivantes, il vint communiquer à la Société de chirurgie la suite de son observation).

J'ai l'honneur d'informer la Société que, trois jours après lui avoir présenté le malade atteint d'enchondrome du doigt médius de la main gauche, je l'ai opéré de la manière suivante :

Une incision semi-lunaire contournant la tumeur, de son bord interne à la face palmaire, forma un lambeau facile à relever pour recouvrir ensuite la plaie ; la tumeur, enveloppée d'un kyste cellulo-fibreux, se détacha sans peine par énucléation jusqu'au niveau de la phalange à laquelle elle se trouvait adhérente. Mais les adhérences furent détruites assez vite par dissection et par arrachement. La surface de l'os dénudé ainsi était rugueuse dans une partie de sa diaphyse, sans aucune communication avec l'articulation métacarpo-phalangienne. Le tendon correspondant du fléchisseur superficiel du médius se trouvait dénudé aussi dans une étendue d'un centimètre environ, mais sans offrir aucune altération dans sa texture.

L'extirpation de la tumeur ne donna lieu à aucune hémorrhagie ; le lambeau rabattu sur la plaie fut maintenu en place par le seul affrontement de ses bords, sans sutures, sans bandelettes, et par un simple bandage. La position méthodique de la main et une irrigation continue d'eau froide n'empêchèrent point un peu de gonflement le soir même de l'opération.

La réaction inflammatoire fut assez vive, et nécessita une saignée, ainsi que l'application de la glace dans la paume de la main, en même temps que l'irrigation froide était continuée sur la face dorsale.

L'amélioration s'est déjà déclarée, la suppuration commence, et,

sous toute réserve, on peut espérer la guérison sans amputation du doigt.

L'examen microscopique de la tumeur a été fait par M. Robin et confirme le diagnostic.

Enfin M. Demarquay présenta aussi à la Société de chirurgie un périchondrome du deuxième métatarsien; bien qu'à la rigueur ce fait ne rentre pas directement dans le cadre que nous nous sommes tracé, nous croyons cependant qu'il n'est pas inutile de le mentionner; car les considérations que nous avons rappelées peuvent aussi s'appliquer parfaitement aux enchondromes des extrémités inférieures.

Observation. (1)

Périchondrome du deuxième métatarsien.

M. Demarquay présente un enchondrome qu'il a enlevé sur un malade âgé de 35 ans, placé dans le service de M. Denonvilliers; cette tumeur a le volume d'un œuf. Elle était située sur le dos du pied droit; elle s'est développée dans le périoste du deuxième métatarsien, circonstance importante à noter, car le plus souvent les tumeurs de ce genre naissent des os eux-mêmes. Une particularité digne d'intérêt, et qui a rendu l'opération difficile, c'est que cette tumeur avait un prolongement qui pénétrait entre les deux métatarsiens : toutefois l'enchondrome a pu être enlevé, sans qu'aucun tendon important ait été lésé. Le malade sera bientôt guéri.

Mais, dans ces trois faits, il existe aussi une lacune regrettable, lacune qu'on rencontre presque toujours dans toutes les observations d'enchondromes : c'est qu'une fois l'opération terminée le chirurgien perd de vue son malade. Néanmoins, d'après les notions qui nous

(1) Société de chirurgie, séance du 31 octobre 1855.

sont fournies par l'anatomie sur les rapports du périchondrome avec le tissu osseux, il est peu probable qu'ici la récidive soit à redouter, et nous nous associons pleinement à M. Dolbeau (1) pour poser en principe qu'on doit intervenir en faisant l'ablation de la tumeur. En effet, si celle-ci est développée aux dépens du périoste, l'ablation sera simple et facile. Il n'y a rien à gagner par l'expectation, et en attendant on s'expose à voir la tumeur envahir l'os en le détruisant de l'extérieur vers l'intérieur.

(1) Archives de médecine, 1858.

CONCLUSIONS.

Nous pensons que les diverses considérations, exposées dans ce travail, nous permettent de tirer quelques conclusions générales :

1° Le chirurgien ne doit pas d'une manière absolue accorder sa préférence à telle méthode plutôt qu'à telle autre : le volume, la forme, la situation et la mobilité de la tumeur sont les sources où il faut puiser des indications ; c'est sur ces caractères qu'il basera le choix de la méthode qu'il va mettre en usage.

2° L'amputation est appelée à jouer un rôle plus restreint dans le traitement de l'enchondrome des phalanges et des métacarpiens ; elle ne doit être réservée que pour les tumeurs centrales, fusiformes, très volumineuses, ayant envahi toute l'étendue et toute l'épaisseur de la diaphyse.

3° L'ablation, non suivie de l'évidement de l'os, convient parfaitement pour extirper les enchondromes développés à la surface de l'os sur le périoste, et permet au chirurgien d'espérer une guérison durable.

4° L'ablation, suivie de l'évidement, est indiquée dans toutes les autres circonstances, c'est-à-dire lorsque la tumeur semble surajoutée à la diaphyse, lorsque, par conséquent, elle a pris naissance dans les couches corticales et a respecté le côté opposé du cylindre osseux. Cette méthode a l'avantage de faire disparaître la difformité sans sacrifier le membre ; elle n'est pas suivie d'accidents sérieux, et ne paraît pas jusqu'alors favoriser la récidive.

QUESTIONS.

Anatomie et histologie normales. — Des membranes séreuses.

Physiologie. — Des différences qui existent entre le sang veineux et le sang artériel.

Physique. — Electricité animale ; lois du courant musculaire.

Chimie. — Caractères distinctifs des iodures et des bromures ; préparation et propriétés.

Histoire naturelle. — Des bourgeons de préfoliation et de préfloraison ; quels avantages peut-on retirer de la disposition des parties dans le bourgeon pour la déterminaison des familles, des genres et des espèces?

Pathologie externe. — Diagnostic différentiel des tumeurs de la région parotidienne.

Pathologie interne. — Du rachitisme.

Pathologie générale. — De la gangrène.

Anatomie et histologie pathologiques. — Lésions de la pneumonie chronique.

Médecine opératoire. — Des différentes variétés d'appareils prothétiques applicables au remplacement des dents et dans les cas de perforation de la voûte palatine.

Pharmacologie. — Du lait et des œufs ; leur emploi en pharmacie.

Thérapeutique. — De la médication antiphlogistique.

Hygiène. — De la sophistication du lait.

Médecine légale. — Des cas de responsabilité professionnelle qui peuvent se présenter dans l'exercice de la médecine.

Accouchements. — Des présentations du tronc.

Vu bon à imprimer,
L. GOSSELIN, président.

Vu et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
MOURIER.